

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00667 vom 20. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00667

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00667 du 20 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00667 del 20 settembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner

Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).
#EndeXX100#

E. 1.3

#BeginnXX116 <Wiedererwägung im Verhältnis zur Revision < letzte Revision: 12/12#
Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers oder einer Rentenbezügerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise, so ist die Rente laut Art. 17 Abs. 1 ATSG für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs.

E. 1.4

#BeginnXX204 <Voraussetzungen für die Rentenanpassung nach lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision < letzte Revision: 12/14 # Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit

Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergelassen werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder Überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“) Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2). #EndeXX204#

E. 1.5

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochte eine (psychiatrisch) somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 137 V 64 E. 4.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein konnten auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

Gemäss der mit BGE 141 V 281 geänderten Praxis sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder - resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Sie erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1). Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (beziehungsweise bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur,

solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014 E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), und Konversionsstörungen/dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) sowie bei Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei einer Halswirbelsäulen (HWS)-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_136/2013 vom 16. Februar 2014 E. 4.1-2), bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) sowie bei einer „sonstigen andauernden Persönlichkeitsänderung“ nach ICD-10 F62.8 – und damit auch diejenige einer „nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsänderung“ nach ICD-10 F62.9, die für somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche Leiden gelten (Urteil des Bundesgerichts 8C_822/2013 vom 4. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweis auf in BGE

136 V 362

nicht publizierte

E. 2.3 des Urteils

9C_55/2010 vom 8. Oktober 2010) analog ange wendet, nicht hingegen, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Cancer-related Fatigue stellt (BGE 139 V 346 E. 3 mit Hinweisen).

E. 1.6

#BeginnUV053 <Beweiswert medizinisches Gutachten, allgemein < letzte Revision: 12/15# Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). #EndeUV053#

E. 2

ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen). #EndeXX116#

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Renteneinstellung – unter Hinweis auf die eingeholten Gutachten – damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit spätestens am 21. Juli 2001 aus somatischer Sicht gebessert habe und in psychischer Hinsicht die diagnostizierte Schmerzstörung in Anwendung der Überwindbarkeitsrechtsprechung nicht anspruchsrelevant sei, womit ein Revisionsgrund vorliege und es an einem invalidisierenden Leiden fehle. Mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin nicht gemeldete Verbesserung (2001, 2006 und 2009) und der daraus resultierenden Meldepflichtverletzung wären die Leistungen grundsätzlich über den Sistierungszeitpunkt hinaus zurückzufordern. Die rückwirkende Renteneinstellung per 18. Dezember 2009 (Sistierungszeitpunkt) sei damit korrekt (Urk. 2 S. ff.).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), sie sei schon im Zeitpunkt der Rentensistierung im Dezember 2009 59-jährig gewesen, weshalb eine Rentenaufhebung gestützt auf die Schlussbestimmungen nicht möglich sei (S. 4). Ferner gelte die Überwindbarkeitspraxis des Bundesgerichts erst seit 2004, wohingegen die erstmalige Rentenzusprache im Jahr 2000 erfolgt sei. Eine blosser Praxisänderung stelle aber gemäss BGE 135 V 201 keinen Aufhebungsgrund dar (S. 4 f.). Schliesslich sei sie im Zeitpunkt des zuletzt aufgelegten Gutachtens fast 64-jährig alt gewesen, ihre Restarbeitsfähigkeit sei deshalb nicht mehr verwertbar (S. 6 f.).

E. 2.3

Streitgegenstand bildet die Frage, ob seit der erstmaligen Rentenzusprache vom 6. März 2000 bis zur Einstellung der Invalidenrente eine revisionsrechtlich relevante Veränderung der Verhältnisse eingetreten sei beziehungsweise, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung vom 19. Dezember 2009 bis 30. April 2012 (danach Altersrente der AHV) habe. Sodann ist – mangels umfassender Abklärungen für die zwischenzeitliche Periode – der seitherige Verlauf zu prüfen.

E. 3.1

Der erstmaligen Rentenzusprache lagen folgende ärztliche Berichte zugrunde:

E. 3.2

Dr. med. Z. ____, Facharzt für Neurologie, erstattete am 26. Mai 1999 ein von der Unfallversicherung veranlasstes Gutachten (Urk. 6/6/7-19). Er diagnostizierte ein chronifiziertes zervikoenzephal und zervikobrachiales Syndrom nach HWS-Distorsionstrauma infolge Heckkollision am 1. August 1998 mit massiven

zervikobrachialen Weichteilverspannungen, ohne Knochen- und Ligamentläsionen, ohne neurologische Ausfälle, aber mit anamnestischer Arm plexusirritation rechts, mit neuropsychologischen Ausfällen und mit einer chronischen depressiven Entwicklung bei wahrscheinlicher Fehlverarbeitung des Unfalles (S. 11 Ziff. 4). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erachtete der Gutachter die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Hausangestellte sowie auch in anderen Tätigkeiten seit dem Unfall als zu 100 % arbeitsunfähig (S. 12 Ziff. 6.1 f.).

E. 3.3

Dr. med. A.____, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), führte am 11. August 1999 (Urk. 6/7) aus, die Beschwerdeführerin leide an einer cochleovestibulären Störung beidseits (Ziff. 3) und erachtete sie in ihrer angestammten Tätigkeit aufgrund von Schwindelbeschwerden, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen ab dem Unfalltag und bis auf weiteres als vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.1, Ziff. 1.5).

E. 3.4

Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie, berichtete der Beschwerdeführerin am 28. August 1999 (Urk. 6/8). Sie nannte die folgenden Diagnosen (Ziff. 3): - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei - HWS-Distorsionstrauma am 1. August 1998 - apathisch depressives Zustandsbild, Hinweise auf neuropsychologische Störungen; Differentialdiagnose (DD) posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) - cochleovestibuläre Störung beidseits

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aktuell und auf längere Sicht voll eingeschränkt, eine berufliche Umstellung sei gegenwärtig nicht zumutbar. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.5, Ziff. 2).

E. 3.5

In psychiatrischer Hinsicht führten Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. D.____, Psychotherapeut, in ihrem Bericht vom 16. Oktober 1999 (Urk. 6/11) aus, die Beschwerdeführerin, welche sie seit dem 25. März 1999 behandelten, leide an einer Persönlichkeitsänderung mit deutlichen apathisch-depressiven Zügen auf dem Hintergrund einer PTBS (ICD 10 F62.8). Auffallend seien vor allem ihre Ängste, dass ihr Zustand nie besser werden könne, dass sie immer kränker werde. Sie wirke deprimiert, hoffnungslos, apathisch und passiv. Deutlich zum Ausdruck kämen die Insuffizienz der Gefühle, die Gefühle von Wert- und Sinnlosigkeit (Ziff. 4.3). Aufgrund der somatischen und psychischen Störungen, vor allem aufgrund des Schmerzsyndroms und der Depression, sei die Verwertung der Arbeitsfähigkeit als Hausangestellte seit dem 1. August 1998 unmöglich (S. 3).

E. 4.1

Im Rahmen der ersten zwei Rentenrevisionen in den Jahren 2002 und 2006 wurden die folgenden Berichte zu den Akten genommen:

E. 4.2

Dem am 20. März 2000 (Urk. 6/20) von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der Unfallversicherung erstatteten Gutachten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im weitesten Sinne an einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45) leide. Ob das ostentativ-demonstrativ imponierende Gebaren

einer Aggravation entsprechen oder ob die Verhaltensweisen der Beschwerdeführerin zumindest teilweise durch dissoziative Konversionsmechanismen bestimmt seien, könne nicht angegeben werden. Beides sei möglich. Das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin stelle nicht die Folge einer psychischen Überlagerung eines körperlichen Leidens dar, sondern sei rein psychogener Natur. Ferner bestünden eine erhebliche körperliche Dekonditionierung (Selbstlimitierung, Schonhaltung) und ein erheblicher und vermutlich schädigender Medikamentenabusus (S. 36). In einer Hausfrauentätigkeit sei der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 60-70 % zu attestieren, nach einer Behandlung dürfe eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreichbar sein. Generell könnte bei guter Compliance innert 3-5 Monaten wie der eine volle Verwertbarkeit der Arbeitskraft auf dem freien Arbeitsmarkt erreicht werden (S. 38).

Am 29. März 2000 (Urk. 6/22) nahm Dr. E.____ zu den Vorwürfen des behandelnden Psychologen Stellung.

E. 4.3

Am 28. Juli 2000 wurde eine Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Arbeitsfähigkeit (EFL) durchgeführt (Urk. 6/26). Dabei wurde festgehalten, dass aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin keine normale Testung durchgeführt werden könne. Es könne keine Aussage gemacht werden, was die Beschwerdeführerin wirklich zu leisten vermöge, da es ihr an Motivation und Einsatz gefehlt habe. Ihr Verhalten sei nicht organisch zu erklären (S. 5 oben).

E. 4.4

Mit Verlaufsbericht vom 15. April 2002 (Urk. 6/30) diagnostizierten Dr. C.____ und lic. phil. D.____ eine Persönlichkeitsänderung mit deutlichen apathisch-depressiven Zügen auf dem Hintergrund einer PTBS (ICD-10 F62.8) und bescheinigten der Beschwerdeführerin weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2).

E. 4.5.1

Die Ärzte des

F.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, führte n im Auftrag der Unfallversicherung am 8. und 9. April 2002 eine EFL-Testung durch (Urk. 6/101/1-11), deren Resultate in ihr Gutachten vom 12. Juli 2002 (Urk. 6/101/12-35) einfließen. Darin nannten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 19 Ziff. 4): - Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 1. August 1998 bei/mit - chronischen Nacken-Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm - Fehlhaltung der Wirbelsäule - Dysthymie mit dysfunktionaler Schmerzverarbeitung - Hörstörung mit Hörgerät beidseits - DD posttraumatisch nach HWS-Distorsion vom 1. August 1998 - Status nach Hysterektomie 1995 wegen Myom, Status nach Varizenoperation 1982, Status nach Appendektomie 1971, Status nach Tonsillektomie 1969

Die objektiven Befunde stünden in Zusammenhang mit der dysfunktionalen Schmerzverarbeitung der Beschwerdeführerin. Es bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (unfallbedingt und unfallunabhängig). Unter Berücksichtigung vermehrter Pausen, Vermeiden von Heben mittelschwerer bis schwerer Lasten und Heben über Kopf sei der Beschwerdeführerin gestützt auf die Ergebnisse der EFL-Testung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (S. 20 f. Ziff. 6 f.).

E. 4.5.2

Im psychiatrischen Gutachten des F.____ vom 16. Juli 2002 (Urk. 6/101/36-62), in welchem die Befunde der rheumatologischen Abklärung (vgl. vorstehend E. 4.5.1) einfließen, wurde eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie ein kraniozervikales Schmerzsyndrom nach Auffahrkollision im August 1998 diagnostiziert (S. 10 Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin zeige ein Beschwerdebild, welches bei Patienten nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma beobachtet werde. Darüber hinaus habe sich jedoch wahrscheinlich passager eine depressive Episode entwickelt. Nach deren Teilremission seien die Kriterien für eine Depression nicht mehr erfüllt. Die Beschwerdeführerin zeige aber nach wie vor eine Dysthymie. Hinweise für eine hirnorganische Störung fänden sich keine, eine PTBS liege ebenfalls nicht vor (S. 11). Eine Dysthymie alleine führe in der Regel nicht zu einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Das Zusammenspiel der Schmerzen und der anhaltenden affektiven Störung könne jedoch zu einer gegenseitigen Verstärkung führen, was sich in einer deutlich verminderten Belastbarkeit äussere. Unter Berücksichtigung aller Symptome ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 50 % in angestammter Tätigkeit (S. 11 Ziff. 6.2). Die Beschwerdeführerin zeige insgesamt wenig Motivation etwas an ihrer derzeitigen Situation zu ändern, zumal sie bereits eine ganze Rente beziehe (S. 12 Ziff. 6.3).

E. 4.5.3

Die Ärzte der Neurologischen Klinik und Poliklinik, F.____, führten in ihrem Gutachten vom 30. Januar 2003 (Urk. 6/101/63-73) aus, bei der Beschwerdeführerin fänden sich Einschränkungen in fast allen geprüften kognitiven Funktionen. Im Vordergrund stünden jedoch eine deutliche Verlangsamung und Antriebsminderung sowie Einschränkungen in der spontanen und adaptiven kognitiven Flexibilität sowie in den Gedächtnisfunktionen. Im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung vom 5. Oktober 1998 seien keine nennenswerten Änderungen feststellbar. Diese Befunde, die einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung entsprächen, würden als schmerzverbundene Folgen des HWS-Schleudertraumas im Rahmen des Autoauffahrunfalles vom 8. Januar (richtig: August) 1998 interpretiert werden (S. 8 oben). Aus neurologischer Sicht bestehe retrospektiv seit dem Unfallereignis und prospektiv eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit (S. 9 Ziff. 6.1). Diese gelte auch in einer angepassten Tätigkeit (S. 10 Ziff. 6.2).

E. 4.6

Dr. B.____ wiederholte in ihrem Bericht vom 11. Mai 2006 (Urk. 6/48/3-4) ihre bereits im August 1999 gestellten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.4), ergänzt um die psychiatrische Diagnose von Dr. C.____, und berichtete von einem stationären Gesundheitszustand bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

E. 4.7

Aus psychiatrischer Sicht bestehe gemäss Bericht von Dr. C.____ und lic. phil. D.____ vom 6. Juni 2006 (Urk. 6/50) keine Veränderung der Beschwerden bei der Beschwerdeführerin und auch keine Besserung der Arbeitsfähigkeit (vollständige Arbeitsunfähigkeit).

E. 5.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 15. Mai 2015 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte .

E. 5.2

Am 28. März 2009 (Urk. 6/69) berichteten Dr. C.____ und lic. phil. D.____ von einem unveränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (Ziff. 1.4) und attestierten ihr in jeglicher Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6).

E. 5.3

Vom 18. Mai bis 16. Juli 2010 war die Beschwerdeführerin in der Privatklinik G.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 16. Juli 2010 (Urk. 6/124) wurde festgehalten, dass sie aufgrund einer depressiven Dekompensation nach plötzlicher Aufhebung der ganzen Rente im Januar 2010 stationär aufgenommen worden sei (S. 1). Die Ärzte diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Unfall und Trauerfall nach dem Tod ihres Sohnes (ICD-10 F62.8). Die Beschwerdeführerin habe entschieden, ihre stationäre Behandlung abzubrechen, um die möglicherweise im Sterben liegende Mutter in Bosnien noch einmal zu sehen, weshalb nach dem Besuch am Krankenbett der Mutter bei einer erneuten Verschlechterung des nun noch labilen psychischen Zustandes eine Fortführung der Behandlung in der Klinik möglich sei (S. 3 f.).

E. 5.4

Am 27. Dezember 2010 erlitt die Beschwerdeführerin bei einem Verkehrsunfall eine Commotio Cerebri sowie multiple Kontusionen am Thorax und Becken. Sie wurde im F.____, Klinik für Unfallchirurgie, versorgt und am 28. Dezember 2010 in gutem Allgemeinzustand in die ambulante Weiterbetreuung entlassen (vgl. Bericht vom 28. Dezember 2010, Urk. 6/147/18-19).

E. 5.5

Mit Bericht vom 26. Juni 2012 (Urk. 6/147/5-11) diagnostizierte der die Beschwerdeführerin seit 3. März 2009 (Ziff. 1.2) behandelnde Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin, ein chronisches zervikales/thorakales und eigentlich generalisiertes Schmerzsyndrom rechtsbetont vom Typ Fibromyalgie mit Chronifizierung und Fixierung auf die Symptomatik sowie Therapiefraktur auf alle bisherigen Massnahmen, ferner einen Nikotinabusus, eine arterielle Hypertonie, eine psychosoziale Problematik, paranoide Tendenzen sowie einen Verdacht auf Medikamentenabusus (Ziff. 1.1). Er erachtete die Beschwerdeführerin als nicht arbeitsfähig (Ziff. 1.7).

E. 5.6

Dr. C.____ und lic. phil. D.____ nannten in ihrem Bericht vom 9. Juli 2012 (Urk. 6/151) die bekannten psychischen Diagnosen, ergänzt um eine abnorme Trauerreaktion (ICD-10 F43.28) und eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1), und erachteten die Beschwerdeführerin weiterhin für vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6 f.).

E. 5.7

Aufgrund einer schweren depressiven Symptomatik war die Beschwerdeführerin vom 13. September bis 20. November 2012 erneut in der Privatklinik G.____ hospitalisiert. Mit Bericht vom 16. November 2012 (Urk. 6/169) nannten die Ärzte als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung seit 1998, eine schwere depressive Episode seit Frühjahr 2012 (ICD-10 F33.2) sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Unfall 1998 sowie Trauerfall 2005 (ICD-10 F62.8) und gingen bei der derzeit arbeitsunfähigen Beschwerdeführerin nicht mehr von der Wiedereingliederung einer (Teil-)Arbeitsfähigkeit

aus (Ziff. 1.1, Ziff. 1.4, Ziff. 1.6).

E. 5.8

Die Ärzte des I.____ führten im polydisziplinären Gutachten vom 12. Dezember 2012 (Urk. 6/175) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 90 Ziff. 6.1): - Zervikozephalosyndrom mit schmerzhaftem myofaszialem Schultergürtel rechts bei/mit - Status nach Auffahrunfall vom 1. August 1998 mit HWS-Distorsion - prominentem Sternoclaviculargelenk (SC)-Gelenk rechts - möglich erferred pain-Symptomatik rechter Arm; DD Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts - altersnormalem Röntgen der HWS mit unterdurchschnittlich degenerativen Veränderungen - dysfunktionalem Verhalten, klinisch nicht adäquat untersuchbar - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.01)

Die allgemeinchirurgische-internistische Untersuchung habe das Bild einer 62-jährigen adipösen und kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführerin in unauffälligem Allgemeinzustand gezeigt. Die im Neurostatus gefundene Hypästhesie sowie die Kraftminderung liessen sich auf kein organisches Korrelat zurückführen. Aus allgemein-internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, noch in einer dem Alter und Habitus angepassten Verweistätigkeit (S. 97 oben).

Mit allen Vorbehalten wegen der ungenügenden klinischen Untersuchbarkeit seien aus rein rheumatologischer Sicht in Bezug auf den rechten Schultergürtel folgende Einschränkungen zu machen: Keine ausschliesslich belastende Tätigkeiten rotatorischer oder elevatorischer Art im rechten Schultergürtel. In Bezug auf das Lumbovertebralsyndrom seien unter Berücksichtigung erwähnter Befunde keine qualitativen Einschränkungen anzugeben ausser für ausschliesslich körperliche Schwerarbeiten. Ob die angestammte Tätigkeit als Hausange stellte dem Belastungsprofil entspreche, müsste durch eine Arbeitsplatzabklärung evaluiert werden (S. 97 f.).

Bei der neurologischen Untersuchung sei zunächst die erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Schmerzintensitäten und den objektiv geringgradigen Befunden auffällig. Die beklagten Kopfschmerzen entsprächen phänotypisch einem episodischen Spannungskopfschmerz. Die vorgetragene Nacken-, Schulter- und Armschmerzen liessen sich auf kein neurologisches Substrat beziehen. Die Schmerzschilderung entspreche keinem radikulären oder peripher-nervalen Schmerzmuster. Die angegebene Sensibilitätsstörung der rechten Körperhälfte sei in sich inkonsistent gewesen. Für die vorgetragene lumbale Rückenschmerzen hätte sich kein Anhalt für eine radikuläre Erklärung ergeben. Die in der Vergangenheit erwähnten neuropsychologischen Störungen könnten hier nicht nachvollzogen werden. Es ergebe sich kein Anhalt für eine neurologische Störung, die eine anhaltende Leistungsminderung beziehungsweise eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könne (S. 98).

In der psychiatrischen Untersuchung habe vor allem der Tod des Sohnes im Vordergrund gestanden. Es liessen sich Symptome finden, die einer derzeit leichtgradigen depressiven Ausprägung entsprächen. Weiterhin würden Konzentrationsstörungen geltend gemacht, die sich allerdings nicht objektivieren liessen. Aufgrund des Verlaufes mit einer depressiven Dekompensation nach Rentenentzug Ende 2009/Anfang 2010 handle es sich wohl am ehesten um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradiger Ausprägung. Aufgrund dieser Diagnose sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schlafstörung

und der erhöhten Ermüdbarkeit unter Tag um maximal 20 % eingeschränkt (S. 99).

In Beantwortung der Zusatzfragen führten die Gutachter aus, die ursprüngliche Rentenzusprache sei grundsätzlich retrospektiv schwer nachvollziehbar. Bereits im polydisziplinären Gutachten des F.____ sei im Jahr 2002 und 2003 keine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, die gestellten Diagnosen könnten diese auch nicht begründen. Aus heutiger Sicht sei auch die 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr nachvollziehbar und werde auch durch die Videoaufnahmen widerlegt. Die Unterlagen und die Videoaufnahmen würden den Schluss zulassen, dass die Beschwerdeführerin mindestens seit der Hochzeit des Sohnes im Juli 2001 mindestens zu 80 % arbeitsfähig sei. Aus somatischer Sicht lasse sich der Verlauf des Gesundheitszustandes aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin nicht objektiv beurteilen. Nach Entzug der Rente sei es jedoch zu einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen (S. 105 Ziff. 5 f.).

E. 5.9

Am 27. März 2014 erstatteten die Ärzte der J.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 6/193/1 46). Darin nannten sie die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 37 Ziff. 6.1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Als Aktendiagnosen mit qualitativem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein Zervikozephal Syndrom mit schmerzhaftem Schultergürtel rechts.

Die Gutachter gingen davon aus, dass die initial führende Diagnose eine somatoforme Schmerzstörung respektive eine Schmerzverarbeitungsstörung auf dem Boden einer HWS-Distorsion gewesen sei, die als Mischung aus anhalten den Schmerzen nach dem Unfall, entstehenden (aufbrechenden) Ehekonflikten, wiederholt beschriebener Persönlichkeitsmerkmale (infantil, regressiv, Akzentuierung von histrionischen Persönlichkeitszügen) entstanden und durch die rasche und vollständige Berentung vollständig zementiert worden sei. Eine PTBS habe zu keinem Zeitpunkt bestanden. Die Einschätzung einer Persönlichkeitsänderung mit bisweilen apathisch-depressiven Zügen auf dem Hintergrund einer PTBS seit zirka 10 Jahren würden sie nicht teilen, hingegen würden sie die Entstehung einer depressiven Entwicklung auf dem Hintergrund der psychosozialen Belastungssituation als plausibel erachten. Die weiteren Gutachten seien von einer Dysthymie ohne depressive Episode ausgegangen, was diagnostisch damals zutreffend gewesen sein dürfte. Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional-instabilen Zügen seien bereits im jungen Erwachsenenalter aufgetreten, diese dürften wesentlich zur Entstehung der somatoformen Störung beigetragen haben (S. 41). Bezüglich der depressiven Entwicklung sei naturgemäss von einer wechselnden Intensität auszugehen. Die Depressivität scheine mittlerweile doch auch stark chronifiziert, so dass eine vollständige Überwindbarkeit mit Sicherheit nicht gegeben sei (S. 42 oben). Zusammenfassend lasse sich auch aktuell eine somatoforme Schmerzstörung gut begründen. Die Depressivität würden sie jedoch deutlich höher einstufen als im Zeitpunkt des I.____-Gutachtens vom 2012. Aufgrund der Chronifizierung durch die Berentung an sich und durch die kumulativen Belastungen in den letzten Jahren (Tod des Sohnes, erneute Scheidung, Sistieren der Rente nach über 10 Jahren und somit wirtschaftliche/finanzielle Sorgen) habe die psychische Störung mittlerweile zu einem höheren Mass an

Nicht-Überwindbarkeit geführt, die sie aktuell mit zirka 50 % beziffern würden. Die neuropsychologische Untersuchung zeige insgesamt nicht valide Testbefunde (S. 42 Mitte).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin derzeit in ihrer angestammten Tätigkeit als Hauswirtin in einer Schule sowie in jeglicher Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gehe auf die Komorbidität aus depressiven Symptomen mit Panikattacken und agoraphobem Verhalten sowie der somatoformen Schmerzsymptomatik zurück, bei manipulativen Verhaltensweisen und einem ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn (S. 43 Ziff. 7.2.1). In zeitlicher Hinsicht äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass die diagnostischen Einschätzungen, die der Rente zugrunde gelegt worden seien, insbesondere die psychiatrischen, retrospektiv kaum haltbar seien. Die von ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit gelte ab Dezember 2009, dem Datum der Rentenaufhebung (S. 43 Ziff. 7.3). Bei dem langjährigen Krankheitsverlauf sowie der rigiden Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin sei die Prognose als ungünstig einzuschätzen (S. 44 am Schluss).

E. 6

Zusammenfassend ist daher von einer Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % sowohl in angestammter wie auch in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Zwar gehen die J. ___ -Gutachter verglichen zum I. ___ -Gutachten vom Dezember 2012 und verglichen zum Zeitpunkt nach der Rentensistierung im Dezember 2009 insgesamt von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus. Da sich aber die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2000 um 50% gesteigert hat, ist aus der Optik der Rechtsanwendung von einer effektiven Verbesserung auszugehen.

Gemäss den Angaben der Gutachter waren die früheren diagnostischen Einschätzungen retrospektiv kaum zutreffend, weshalb, davon auszugehen ist, dass die gutachterlich ab Dezember 2009 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % wohl schon seit längerer Zeit bestanden haben dürfte, weshalb es sich rechtfertigt, in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 und Art. 88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) die halbe Rente bereits ab Dezember 2009 auszurichten.

E. 6.1

Vorab ist festzuhalten, dass gemäss Schlussbestimmung lit. a der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (SchIB IVG) Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft werden. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Dabei sieht lit. a Abs. 4 SchIB IVG vor, dass Abs. 1 dieser Bestimmung keine Anwendung findet auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (vgl. vorstehend E. 1.4). Da im vorliegenden Fall im Zeitpunkt der verfügten Rentenaufhebung die Beschwerdeführerin mit Jahrgang 1950 bereits das 55. Altersjahr zurückgelegt hatte, steht der Beschwerdegegnerin eine Überprüfung der Rente gestützt auf die Schlussbestimmung nicht zu. Folgerichtig begründete die Beschwerdegegnerin die verfügten Rentenaufhebung mit dem Vorliegen eines Revisionsgrundes aufgrund eines verbesserten Gesundheitszustandes (vgl. Urk. 2).

Nicht zu beanstanden und von den Parteien unbestritten ist auch, dass die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Wiedererwägungsgrundes im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG (vgl. vorstehend E. 1.3) verneinte, nachdem die Rentenzusprache nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet werden kann. Zwar würde eine Rentenzusprache wie die im März 2000 erfolgte aus heutiger Optik nicht mehr erfolgen. So legten die Gutachter des J. ___ dar, dass die diagnostischen Einschätzungen, die der Rente zugrunde gelegt worden waren, insbesondere die psychiatrischen, retrospektiv zwar kaum haltbar seien (vgl. vorstehend E. 5.9). Sie sagten damit aber nicht, dass diese damals vorgenommene Einschätzung zweifellos unrichtig gewesen waren.

E. 6.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Annahme eines verbesserten Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und somit eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG auf die Gutachten des I. ___ vom 12. Dezember 2012 (vgl. vorstehend E. 5.8) und des J. ___ vom 27. März 2014 (vgl. vorstehend E. 5.9) und schloss daraus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Sicht schon im Juli 2001 verbessert und die im J. ___ -Gutachten attestierte Verschlechterung in psychischer Hinsicht in Anwendung der Überwindbarkeitsrechtsprechung nicht anspruchrelevant sei (Urk. 2 S. ff.).

Das J. ___ -Gutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorstehend E. 1.6). In somatischer Hinsicht wird dabei ein im Wesentlichen unveränderter Zustand beschrieben. Die Beschwerdeführerin leidet demnach an einem Zervikozephalosyndrom mit schmerzhaftem Schultergürtel rechts. Dies ist auch im I. ___ -Gutachten ausgewiesen. Dadurch seien ausschliesslich belastende Tätigkeiten rotatorischer oder elevatorischer Art beeinträchtigt, hingegen bestünden diese lediglich in qualitativer Natur mit Ausnahme von körperlicher Schwerarbeit (vgl. vorstehend E. 5.8). Als psychiatrische Diagnose wird im J. ___ -Gutachten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), aufgeführt. Im Vergleich zur letztmaligen materiellen Beurteilung bei der Rentenzusprache im Jahr 2000 und den danach erfolgten – nicht umfassend abgeklärten – Rentenrevisionen konnte indessen keine PTBS diagnostiziert werden und die Gutachter teilten auch die frühere psychiatrische Einschätzung nicht, wonach eine Persönlichkeitsänderung mit deutlichen apathisch depressiven Zügen auf dem Hintergrund einer PTBS vorzulegen habe. Die Gutachter der

J. ___ hielten dementsprechend fest, dass aufgrund der Chronifizierung und durch die Berentung an sich sowie durch die kumulativen Belastungen in den letzten Jahren die psychische Störung zu einer Nichtüberwindbarkeit geführt habe, die seit Dezember 2009 mit 50 % beziffert werde (vgl. vorstehend E. 5.9).

E. 6.3

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der für die Rentenzusprache respektive Renteneinstellung entscheidende Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verändert hat. Damit besteht Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG, zumal auch Revisionen möglich sind, wenn sich die gleiche Diagnose in Intensität und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.3).

E. 7.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen.

E. 7.2

Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit längerem keiner beruflichen Tätigkeit nachgeht, rechtfertigt es sich vorliegend sowohl für die Bemessung des Validen als auch des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der LSE abzustellen, wobei beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind, da der Beschwerdeführerin sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch eine sonstige, dem Leiden optimal angepasste Verweistätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar ist. Somit kann hier von der ärztlich geschätzten Arbeits(un)fähigkeit ohne Weiteres - unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn - auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und damit ein Prozentvergleich vorgenommen werden (Urteile des Bundesgerichts 9C_888/2014 vom 4. Februar 2015 E. 2 f. und 8C_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3). Weitere respektive zusätzlich zur medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit vorhandene Einschränkungen, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, sind keine ersichtlich und werden durch die Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Somit entspricht die Einschränkung der medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, und der Invaliditätsgrad beträgt folglich 50 %.

E. 8

Zusammenfassend erweist sich die verfügte Rentenaufhebung somit als so nicht richtig. Die angefochtene Verfügung ist mithin, in teilweiser Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde, aufzuheben, dies mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin ab Dezember 2009 bis zur Ablösung durch die AHV-Renten

per 1. Mai 2012 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. (intern: Zur Frage einer allfälligen Verwertung dieser 50%igen Restarbeitsfähigkeit sage ich bewusst nichts, da grundsätzlich bei AF-Verbesserung die Selbsteingliederungspflicht besteht und hier der AHV-Rentenfall ja bereits eingetreten ist.)

E. 9.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der mehrheitlich unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 9.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens steht der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, die beim ab 1. Januar 2015 massgebenden praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. Mai 2015 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Dezember 2009 bis zum 30. April 2012 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: Dr. iur. Y.____ Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.